התחבורה והבטיחות בדרכים/רשות הרישוי

I/J Brook	
מדי	
C. 1.	C.
1>1,3	501

					70 /2
				71	D K
דרגת בשינון מס' זהוח	בלבד כ	טופס בעט שחור ו	יש למלא את ה		נכבדי,
100 kg 2.09 6 18	שר ראויחד	אית. שתכיל מרדה כני	ה בבצוע ביקורת רפו	יון הנהיגה שלך מותנ	חידוש רש
יד חידוש) שנת לידה מס' רשיוו והינה	פואי רללי	ט מורשה) ומבדה רו	אצל אופטומטריסו	א עיניים מומחה או	ואצל רופ
חידוש שנת לידה מס' רשיון נהיגה (919/2)	ות הרופא,	בדיקת הראיה, בדיק עני ח"ד 700 חולי	וטופט המלא - עם נ לשלוח לאגף הרנוי	ף בגב הטופס. את ר יך וחתימתך - נא	תשובות
הגבלות	אימה.	ז לתשובה המת	או לא בהתאכ	בטורים כן	סמן/י
	איה	נ של כושר הר	ייקה הרפואיה	תוצאות הבז	И.
ימולא ע״י רוצא עיניים מומחה	ראיה דו-עינית	שדה ראיה	6/1 לפחות	חדות ראיה 2.	עין
או אופטומסרנסט מורשה	וכפל ראיה מס' עצמים מזוהה	120° לפחות	עם משקפיים	בלי משקפיים	1-
זיהיתי את אפרלע לבי ותוקן מוהה. וידאתי שאוני מיקור לעוד בינוסם	2 כן 🔀 לא	כן 🔀 לא 🗌	כו 🔀 לא 🗌	כו 🗌 לא 🔀	ימין
ללא משקפיים הבדיקה כולה בנצעה באמצעות מכשיר בדיקה המאושר ע משרד הבריאות.	2 כן 🔀 לא	כן 🔀 לא	כן 🔀 לא	כן 🗌 לא 🔯	שמאל
26/10/10 25/10/19	כן א לא 🛚 3	כן 🔀 לא	כן 🔀 לא	כן 🗌 לא 🔀	יחד
תאריך חותמת וחתימת הבודק חותמת	לא 🔲 לא 🗡				

רופא נכבד, בהתאם להוראות תקנות התעבורה מבקש רשיון נהיגה יבדק בבדיקה רפואית אשר תכלול בדיקת מצבו הגופני והנפשי, ונתונים נוספים המשפיעים לדעתך על כשירותי לנהיגה. הבדיקה תיערך ע"י רופאו של המבקש, אשר יפרט את ממצאיו בטופס שקבעה רשות הרישוי ולפי הפרטים שבטופס. אי לכך, נבקשך לבדוק את מבקש הרשיון שפרטיו מצויינים בטופס הבדיקה ולמלא את הטופס על פרטיו. אנא הסבר לנבדק את חלק ב' של הטופס וודא שימלא אותו ויחתום עליו.

	ור.	לגלי (דרגות A1,A2,B) /טרקט:	1-1	יי/ד	פרט	בדיקות לבעל רשיון נהיגה מסוג	
לא	כן	ג. ממצאים רפואיים/שאלון רפואי ימולא ע"י הרופא לאחר בדיקה פיזיקלית ועיון בכרטיס הרפואי		לא	כן	ב. הצהרת מבקש/ת הבדיקה (ימולא ע"י המבקש/ת)	
X	П	1. האם ידוע לך על מחלה נוירולוגית:		V	П	1. האם הנך סובל/ת מסחרחורות או חוסר שיווי משקל!	
N N		 האם היו אירועים של איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות! אם כן, מתי! ומה הסיבה. 				 האם עברת אירוע של איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות! אם כן, מתי! 	
-J		3. האם סובל/ת מאפילפסיה (מחלת הכיפיון): אם כן, מתי היה התקף אחרון:		LV		3. האם את/ה סובל/ת מאפילפסיה (מחלת הכיפיון):	
X		- האם מטופל/ת תרופתית: פרט תרופות בדף נפרד. האם מאוזן:		V		אם כן, מתי היה ההתקף האחרון! האם את/ה מקבל/ת בקביעות תרופות! אם כן פרט	
×		4. האם עבר/ה אירוע מוחי! מתי! פרט מצב קיים.		1		אם כן פו ט 4. האם עברת אי פעם אירוע מוחי (שבץ מוחי):	
X		5. האם יש הפרעות מוטוריות ו/או תחושתיות והפרעות בקואורדינציה?		V	Ш	אם כן, מתיו	
N		האם יש קשיון פרק או קטיעת גפה! פרט:		V		5. האם יש לך הגבלה בתנועה ביד או ברגל בגלל ירידה בתחושה, חולשה, שיתוק או קטיעה!	
×		 6. האם סובל/ת מסוכרת? אם כן, מה הטיפול שמקבל/ת? האם היו ארועים של היפוגליקמיה? מתי! האם מאוזן! 		V		 6. האם את/ה סובל/ת מסוכרת! סוג הטיפול שהנך מקבל/ת לאיזון הסוכרת:	
×		.7 האם התרשמת שיש הפרעות במהירות תגובה, זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום!		\checkmark		7. האם את/ה סובל/ת מבעיות נפשיות! אם כן, האם טופלת/ מטופל/ת בגינם!	
M		8. האם ידוע לך על שימוש כרוני בסמים או אלכוהול שלא לצורך רפואיי 9. האם טובל/ת ממחלת ארי פרנו תכופות בדפ נפרד			V	8. האם הינך מקבל/ת בקביעות תרופות! אם כן, פרט 7 (16.3)	
	2APp	9. האם סובל/ת ממחלה לבי פרט תרופות בדף נפרד. האם סובל/ת מהפהעות קצב: ללל לא לא האם מאוזן: אלני ללל לגל לא			V	9. האם הינך סובלעו ממחלת לבי את כן, פרט:	
12	In Charles	10. האם לדעתך יש הצדקה לשלוח את הנהג לבדיקה במכון הרפואי לבטיחות בדרכים!		Y		10. האם נבדקת אי פעם במכון הרפואי לבטיחות דרכים! אם כן, מתי!	
/		.11. הערות		ות וידוע	את האמ	אני החתום מטה מצהיר/ה שכל תשובותי בטופס זה, תואמות : לי כי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, על כל רישום כוזב ש	
	ה מזהה.	אישור הרופא אני מצהיר כי הנ"ל חתם על ו וזיהיתי את המבקש על פי תעודו	11.	הרישוי	רשות	על אווי בפרית לעובשים וחוק, על כל דשום כחב של אני מצהיר/ה ומתחייב/ת למסור לרופא המוסמך מטעם ידיעות מלאות ונכונות על מחלותי וליקויי הבריאותיים. א	
· Pro	הסודיות בנוגע למחלותי, לגבי המוסדות הרפואיים הבודקים אותי והנני בקופ"ח בקופ"ח ביוגע למחלותי, לגבי המוסדות הרפואיים הבודקים אותי והנני בקופ"ח אני מטפל במבקש שהוא עולה חדש שטרם חלפו שלוש שנים בקום ביוגע מכל מוסד רפואי למסור כל מידע בקשר למחלותי, מצבי						
הרפואי וכל מידע אחר שיידרש לרופא המוסמן או לבא שנחו. עיינתי בתיקו הרפואי בפלבת או לבר היה בעל לבא שנחו. עיינתי בתיקו הרפואי בפלבת או או לבא שנחו. עיינתי בתיקו הרפואי בפלבת או בערים במינת בחירה בערים במינת בערים ב							
W1	זימה וה /	תאריד שם הרופא בי עיון דור		קה	נ הסדיי	לשימוש המשרד האלמת מבקש/ח לשימוש המשרד ה	
לשיכוו המשרד כשיר לנהיגה שלח למכון הרפואי לבטיחות בדרכים במלד לנהיגה שלח למכון הרפואי לבטיחות בדרכים							
			NOT	עם הר	1		
		חתימה וחותמת	1121	111 00			

נא לשלוח את הטופס המלא בהקדם ל- אגף הרישוי ת"ד 270 חולון 58102. יש למלא את הטופס בעט שחור בלבד

רצוי לשמור בידך צילום של הטופס, לצורך בירור.